前立腺がん西濃地区地域連携パス(内分泌治療)No.6　登録番号(　　)

□LHRH アナログ単独　□抗アンドロゲン剤単独　□併用療法　□精巣摘除

患者氏名　　様　患者 ID　　(病院カルテNo.　　かかりつけ医カルテNo.　　)

病院　泌尿器科　　かかりつけ医＿＿＿＿　　病院・医院・クリニック

医師名＿＿＿＿　　＿＿＿＿　先生

施設		病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医
経過	診断日__年__月__日	7 年 6 ヶ月	7 年 9 ヶ月	8 年	8 年 3 ヵ月	8 年 6 ヶ月	8 年 9 ヶ月
治療開始後年月日	H__年__月__日	__年 __月 __日	__年 __月 __日	__年 __月 __日	__年 __月 __日	__年 __月 __日	__年 __月 __日
実施日		__年 __月 __日	__年 __月 __日	__年 __月 __日	__年 __月 __日	__年 __月 __日	__年 __月 __日
達成目標	PSA 再発がない	□	□	□	□	□	□
	薬剤による副作用がない	□	□	□	□	□	□
情報提供	診療情報提供書	(有 ・ 無)	(有 ・ 無)	(有 ・ 無)	(有 ・ 無)	(有 ・ 無)	(有 ・ 無)
	検査結果説明	(未 ・ 済)	(未 ・ 済)	(未 ・ 済)	(未 ・ 済)	(未 ・ 済)	(未 ・ 済)
検査コメント記入欄	1. PSA(タンデム)	1. □ (　　)ng/ml	1. □ (　　)ng/ml	1. □ (　　)ng/ml	1. □ (　　)ng/ml	1. □ (　　)ng/ml	1. □ (　　)ng/ml
	2. AST(GOT),ALT(GPT)	2. □ (　)(　)IU/L	2. □ (　)(　)IU/L	2. □ (　)(　)IU/L	2. □ (　)(　)IU/L	2. □ (　)(　)IU/L	2. □ (　)(　)IU/L
	3. 尿検査	3. □	3. □	3. □	3. □	3. □	3. □
	4. 腹部 US	4. □	4. □	4. □	4. □	4. □	4. □
	5. 腹部 CT	5. □	5. □	5. □	5. □	5. □	5. □
	6.(その他　　)	6. □	6. □	6. □	6. □	6. □	6. □
観察項目	食欲不振	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)
	痛み	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)
	下肢のむくみ	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)
	しびれ	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)
	来院時体重(kg)						
	その他(　　)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)	(－ ・ ＋)
治療薬	(注射:LHRH アナログ)						
	リュープリン(1,3 ヵ月製剤)	□	□	□	□	□	□
	ゾラデックス(1,3 ヵ月製剤)	□	□	□	□	□	□
	ゴナックス(＿＿＿mg)	□	□	□	□	□	□
	(内服薬:抗アンドロゲン剤)						
	ビカルタミド	□	□	□	□	□	□
	フルタミド	□	□	□	□	□	□
	クロルマジノン酢酸エステル	□	□	□	□	□	□
	その他	□	□	□	□	□	□
注意事項							